

RELATIONS

ENTRE

**L'ICTÈRE, LES COLIQUES HÉPATIQUES
ET LA CHOLERRAGIE**

DANS LES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 24 mai 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. GIRAUD

Né le 30 Mars 1878



A. MALOINE, ÉDITEUR

23-27, rue de l'École-de-Médecine
PARIS

Rue de la Charité, 6
LYON

1907

RELATIONS

ENTRE

**L'ICTÈRE, LES COLIQUES HÉPATIQUES
ET LA CHOLERRAGIE**

DANS LES

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 24 mai 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. GIRAUD

Né le 30 Mars 1878



A. MALOINE, ÉDITEUR

25-27, rue de l'École-de-Médecine
PARIS

Rue de la Charité, 6
LYON

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ
COURMONT (J.)
LORTET

DOYEN.
ASSESSUR.
DOYEN HONORAIRE.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales.	LEPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
Cliniques chirurgicales.	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique.	ROLLET.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants.	WEILL.
Clinique des maladies des femmes.	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie.	FLORENCE.

Professeur adjoint

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

Chargés de cours complémentaires

	MM.	agrégé.
Pathologie externe.	VALLAS,	—
Maladies des voies urinaires	ROCHET,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique.	DEVIC,	—
Hygiène administrative.	ROUX,	—
Thérapeutique générale	COLLET,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	ANCEL,	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SAMBUC.	REGAUD.	NEVEU-LEMAIRE.
BARRAL.	BORDIER.	CAUSSE.	PATEL.
PIC.	COURMONT (P.).	ANCEL.	LEPINE (J.), ch..
PAVIOT.	CHATIN.	COMMANDEUR.	VORON, ch..
NOVE-JOSSERAND.	VILLARD.	GAYET.	
BÉRARD.	TIXIER.	MOREL.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, président; BÉRARD, assesseur;
TIXIER et PATEL, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale

A M. le Docteur BÉRARD

Professeur agrégé

A M. le Docteur P. CAVAILLON

Prosecteur à la Faculté

Arrivé au terme de nos études et au moment d'entrer dans la carrière médicale, nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte de remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux pour leur sage enseignement et le dévouement dont ils nous ont donné l'exemple.

Nos remerciements s'adressent plus particulièrement à M. le professeur Jaboulay qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Si ce modeste travail peut avoir quelque intérêt c'est à l'inspiration de MM. Bérard, professeur agrégé et Cavaillon, prosecteur à la Faculté que nous le devons; nous tenons à leur exprimer notre entière gratitude pour l'intérêt qu'il nous ont porté et leur bienveillance à notre égard.

Que tous nos chers camarades et amis d'études, le D^r J. Robert en particulier, reçoivent ici le témoignage de notre profonde sympathie et de notre inaltérable amitié.

INTRODUCTION

Les trois observations qui ont été le point de départ de ce travail se rapportent à trois malades atteints de kystes hydatiques du foie et dont l'histoire clinique que nous reproduisons d'ailleurs au complet plus loin peut se résumer de la façon suivante :

OBSERVATION I

Ictère intermittent chez une femme de quarante-quatre ans. Kyste hydatique du foie. Incision et excision partielle du kyste. Hémorragie et cholerragie dans la poche. Guérison.

OBSERVATION II

Coliques hépatiques et subictère consécutif à plusieurs reprises chez un homme de quarante-huit ans. Kyste hydatique du foie. Ouverture dans l'intestin. Infection de la poche. Incision. Cholerragie. Guérison.

OBSERVATION III

Crises de coliques hépatiques à répétition. Ictère. Signes d'infection hépatique. Intervention. Incision Marsupialisation d'un kyste hydatique suppuré. Cholerragie. Broncho-pneumonie double. Mort.

Ouverture d'un canal biliaire principal dans la cavité du kyste.

Ainsi ces trois malades ont tous trois eu de l'ictère, tous trois de la cholerragie et deux ont eu, outre l'ictère, des coliques hépatiques. Et l'intérêt de ces observations se trouve, de ce fait, être double, d'une part, à cause de la constatation du syndrome clinique de l'ictère accompagné ou non de celui de la colique hépatique, d'autre part, à cause de cholerragie qui a été constatée après l'intervention. Et, en effet, c'est à l'étude de l'ictère et de la colique hépatique, au cours des kystes hydatiques du foie, que nous consacrerons la première partie de ce travail. Dans une seconde partie, nous nous occuperons de la cholerragie. Et, nous rappelant que, chez nos trois malades, la cholerragie a été précédée trois fois d'ictère et deux fois de coliques hépatiques, nous nous demanderons, pour terminer, si, entre ces deux ordres de phénomènes, il faut voir autre chose qu'une simple coïncidence et si, au moins dans certains cas, il n'y a pas entre eux des rapports de causalité.

PREMIÈRE PARTIE

L'ictère et les coliques hépatiques dans les kystes hydatiques du foie.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'ictère est, on le sait, le signe habituel qui, chez un malade, fait songer à une rétention hépatique. Mais il semble que, parmi les maladies du foie, le kyste hydatique soit une de celles qui emprunte le moins souvent cette manifestation extérieure et, dans les descriptions des classiques, si on trouve signalé le syndrome de l'ictère et aussi de la colique hépatique, c'est plutôt à titre d'exception.

C'est ainsi que Segond, dans la deuxième édition de Duplay-Reclus, en parle en ces termes :

« Il se peut aussi que le siège du kyste soit responsable d'un certain nombre de symptômes relevant de la compression des canaux biliaires ou des vaisseaux : tels sont l'ictère, l'œdème des membres inférieurs... Ces troubles de compression sont assez

rare, l'ictère, par exemple, manque neuf fois sur dix (Harley) mais quand il se produit, il constitue un symptôme grave... »

Et plus loin :

« Elle (la suppuration) s'annonce par des symptômes tels que l'élévation thermique, les frissons répétés, les sueurs, l'ictère... »

Cet auteur, enfin, parlant de la migration des hydatides dans les voies biliaires, donne la colique hépatique et l'ictère comme deux des éléments de la triade symptomatique qui caractérise cette migration.

De même, dans son article de Le Dentu-Delbet, J.-L. Faure signale l'ictère, mais toujours à titre accidentel :

« C'est ainsi que des kystes, même petits, peuvent, par compression des voies biliaires, déterminer de l'ictère... La plupart du temps des phénomènes de colique hépatique de rétention et d'infection biliaire, d'ictère fébrile, permettent d'affirmer que les débris d'hydatides retrouvés dans les selles y sont parvenus par l'intermédiaire des voies biliaires. »

Parmi les auteurs anciens, Grisolle, Frerichs, Murchinson signalent l'ictère au cours des kystes hydatiques, en faisant d'ailleurs plutôt une rareté. Nous empruntons à Jaccoud le passage suivant :

« Cependant, quand la tumeur est, par exception, voisine du hile, elle provoque par compression des accidents qui peuvent égarer le diagnostic; ces symptômes sont l'ascite et l'ictère persistant... Cette inflammation (la suppuration kystique et péricysti-

que) est annoncée par une modification complète de l'état du malade; la tumeur est douloureuse, il y a des frissons, de la fièvre, souvent des vomissements et de l'ictère. »

Nous avons enfin parcouru les cliniques de Trousseau, à la recherche d'un passage se rapportant à notre sujet, et, à deux reprises, nous en avons trouvé la mention :

« De véritables accès de colique hépatique ont été provoqués par des hydatides du foie qui pouvaient s'engager dans les canaux biliaires. Ainsi, il n'y a pas longtemps, mourait dans le service de mon ami le docteur Lasègue, à Saint-Antoine, un individu affecté d'un ictère de plus en plus foncé et, à l'autopsie duquel, on trouvait des hydatides obstruant les conduits excréteurs de la bile... Ces exemples donneraient un démenti à l'opinion beaucoup trop absolue de certains médecins, que l'affection hydatique du foie n'est jamais accompagnée de jaunisse. »

Et dans une autre leçon :

« Bien que l'ictère soit un symptôme assez peu commun de l'affection hydatique du foie, il s'en faut qu'il ne s'observe jamais, ainsi que quelques médecins le prétendent. Il peut être plus ou moins intense, plus ou moins foncé et il est le résultat, tantôt de l'inflammation qui s'est développée dans la substance même du foie, tantôt de l'obstruction apportée au cours de la bile dans les canaux biliaires, soit qu'une tumeur kystique exerce une compression sur les conduits biliaires, soit que des hydatides en-

gagées dans l'intérieur des conduits les aient oblitérés... »

Et, en effet, si avec Trousseau nous admettons que l'ictère n'est pas un signe commun dans l'échinococcose hépatique, les cas publiés se multiplient où l'on trouve signalés, soit l'ictère seul, soit le syndrome de l'ictère et de la colique hépatique. Nous avons réuni à la fin de ce travail un assez grand nombre d'observations où sont rapportés des cas de kystes hydatiques ayant présenté de l'ictère ou des coliques hépatiques au cours de leur évolution, mais nous nous devons de mentionner les travaux auxquels nous avons emprunté la plupart.

Le tout récent rapport de Quému à la Société de chirurgie de décembre 1906 en renferme un bon nombre à propos de la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires, ce travail très documenté réunit en effet plusieurs observations qui rentrent dans notre cadre.

De même dans la *Revue de Chirurgie* de janvier 1906, MM. Terrier et Dujarier, étudiant les cholerragies après la marsupialisation des kystes hydatiques, rapportent plusieurs cas d'ictère et de coliques hépatiques; nous aurons d'ailleurs dans un autre chapitre à revenir sur cette étude.

Toute récente encore, la thèse de M. Bertenet (Lyon, 1905-1906), inspirée par M. le professeur Jaboulay, nous a fourni une étude complète sur les kystes hydatiques de la face inférieure du foie et sur l'ictère dû à la compression en masse du hile hépati-

que exercée par eux : là encore plusieurs observations nous ont permis d'étayer notre travail.

Soit directement enfin, soit par l'intermédiaire des auteurs déjà cités, les travaux ou les communications de Danchez (1884) ; Ferrand (1894) ; Lejars (1898) ; Raulin (1904) ; Coffigny (1884) ; Tuffier (*Semaine médicale*, 1906) ; Dévé (1905) ; Berthaud ; de Sèze ; Oppenheim (1905) pour ne citer que les sources principales nous ont fourni des éléments de grande valeur.

CHAPITRE II

Etude clinique et classification pathogénique.

En parcourant ces observations et en nous attachant tout d'abord à la symptomatologie, une notion nous est apparue bien nette; c'est la multiplicité des aspects sous lesquels se sont présentés les deux symptômes qui nous intéressent, l'ictère et la colique hépatique.

Déjà, dans les observations qui nous ont servi de point de départ, tandis que l'une des malades (obs. I), avait seulement de l'ictère, ictère d'ailleurs intermittent qui avait apparu une première fois quatorze ans avant, pour disparaître et se présenter à nouveau au moment de l'entrée, tandis, disons-nous, que cette malade avait seulement de l'ictère, les deux autres (obs. II et III), avaient vu à plusieurs reprises la coloration jaune des téguments être précédée de coliques revêtant tous les caractères des coliques hépatiques.

C'est là une première distinction, ictère seul ou ictère précédé de coliques et l'on comprend, combien dans ce dernier cas, le diagnostic est délicat avec

la lithiase. Partant de cette idée nous avons précisément groupé nos observations en observations où les malades ont présenté seulement de l'ictère (obs. IV à XIV; obs. XLV-XLVI-XLVII) et en observations où il y a eu à la fois ictère et coliques hépatiques (obs. XV-XLIV).

Bien plus, outre l'existence ou l'absence de cette association symptomatique, d'autres différences s'établissent à propos de chacun des deux syndromes.

Les coliques hépatiques qui dans certains cas simulent absolument les coliques lithiasiques (et il en est ainsi dans nombre de nos observations) peuvent, ailleurs, se réduire à un appareil beaucoup plus simple, douleurs sourdes avec exacerbations momentanées (obs. XXV), gastralgies revenant après les repas (obs. XXXV), sensations de pesanteur continue dans la région hépatique avec irradiations de temps à autre (obs. XXXI), etc., rappelant les coliques dites vésiculaires. On connaît ce syndrome : douleurs à point de départ vésiculaire et plus ou moins irradiées qui sont le plus souvent provoquées par des phénomènes de péricholécystite avec adhérences péritonéales au niveau de la vésicule.

De même pour l'ictère, à côté de cas où, à un ictère foncé et de plus en plus foncé s'allient la décoloration des fèces, les signes urologiques et souvent, en pareil cas, une grosse rate (obs. IV, V, XIII, etc.) il en est d'autres où l'on constate seulement un subictère plus ou moins fugace sans autre signe de rétention biliaire. Le premier type, disons-le en passant, se rapporte aux cas bien décrits dans la thèse de

Bertenet où un kyste plus ou moins volumineux comprime à la face inférieure du foie l'origine des canaux biliaires.

De même, si parfois l'ictère installé ne rétrocede plus, ailleurs il est franchement intermittent ainsi que nous l'avons rencontré dans les observ. VIII-IX-XVI-XVIII-XX. Ailleurs (observ. XXII) l'ictère une fois installé persistera mais subira des variations dans sa teinte. Les selles resteront colorées ou au contraire seront complètement mastiquées avec une place pour des cas intermédiaires où elles passeront par des phases de coloration et de décoloration. Autre point enfin et qui a son importance, un cortège fébrile pourra parfois faire son apparition et l'affection revêtir alors toute l'allure de l'angiocholite infectieuse (obs. XII-XXVI).

En somme, et sans nous étendre davantage sur ce point, nous retiendrons que le syndrome de l'ictère et de la colique hépatique existent dans plusieurs observations de kystes hydatiques du foie et que, associés ou non, ces syndromes peuvent revêtir en clinique des aspects extrêmement variables.

En cours de description nous avons vu que la plupart des cas d'ictère avec coloration foncée et persistante des téguments, hépato et splénomégalie se rapportaient à des malades dont le hile hépatique se trouvait comprimée par un kyste. A ce type clinique se superposait donc un type pathogénique et c'est précisément ce que M. le professeur Jaboulay a bien fait montrer dans la thèse de Bertenet. Et, en effet, si la symptomatologie de l'ictère et de la colique

hépatique au cours des kystes hydatiques est variable, il en est de même de leur pathogénie.

De la multiplicité des faits, il semble que l'on puisse dégager trois types essentiels, en faisant bien entendu toutes les réserves que comporte une pareille classification.

Un premier groupe correspondra aux cas où un kyste de la face inférieure comprime les voies biliaires principales, ce sera le groupe des ictères par compression.

Dans un second cadre nous rangerons les cas où l'infection étant survenue pour une raison ou une autre, l'ictère apparaît, c'est le groupe des ictères infectieux.

Dernière classe enfin, plus complexe, mais aussi plus intéressante, les kystes hydatiques peuvent entrer en relation avec les voies biliaires intra ou extra-hépatiques et des phénomènes en résulter qui rentrent dans le cadre de notre étude.

CHAPITRE III

Ictère par compression en masse du hile hépatique.

Du premier groupe, nous avons peu de choses à dire, la toute récente thèse de Bertenet ayant traité à fond la question.

Nous rappellerons seulement avec cet auteur le cas typique recueilli dans le service de M. le professeur Jaboulay (obs. IV), où un volumineux kyste de la face inférieure, comprimant les organes du hile, provoqua chez le malade des symptômes qui disparurent après l'ouverture et la marsupialisation du kyste.

A ce cas princeps Bertenet joint sept observations (obs. IV, XIII, XIV, XXIV, XXV) et nos propres recherches nous en ont fait trouver quelques autres, dans la thèse de Guilaine (obs. VIII), dans celle de Perret, inspirée par Rendu en 1897 (obs. XXXIII), dans celle de Kahn (Paris 1897, obs. XXXV) et enfin dans une clinique de M. Tuffier paru dans la *Semaine médicale* (14 mars 1906 où deux cas de kystes hydatiques du lobe de Spiegel s'accompagnent de phénomènes de compression et d'ictère en particulier.

Voilà donc un type fixe et assez nettement établi.

Tumeur hydatique de la face inférieure du foie, compression des canaux biliaires à leur origine, ictère massif, gros foie, grosse rate, comme conséquences cliniques.

Bertenet a montré toutes les difficultés que comportait le diagnostic de l'affection ainsi constituée, particulièrement avec la cirrhose de Hanot, qui de ce fait se trouve dépossédée de ses deux principaux symptômes différentiels, l'ictère et la splénomégalie.

La mort par cholémie ou par infection secondaire, semble être au bout de l'évolution spontanée de ces ictères. Les autopsies ont montré alors soit de véritables lésions de cirrhose biliaire, soit l'aplatissement et la dégénérescence granuleuse des cellules hépatiques.

Le traitement de choix semble être ainsi que le préconise M. le professeur Jaboulay la laparotomie exploratrice suivie de l'évacuation et de la marsupialisation ou de l'ablation du kyste.

CHAPITRE IV

Ictères infectieux

Le second groupe, est, avons-nous dit, constitué par la série des *ictères infectieux*. Mais là, le type clinique et surtout pathogénique est infiniment moins net que dans le groupe précédent. Plusieurs cas appartiennent en même temps au troisième groupe, mais néanmoins, il nous a paru utile de l'instituer ne serait-ce que pour y classer toute une série de cas où l'ictère a été signalé au cours des kystes hydatiques sans autre explication qu'un mouvement fébrile plus ou moins intense.

I) *Angiocholites*. — Ces réserves faites, nous distinguerons un premier ordre de faits où l'on assiste à l'apparition, au cours d'un kyste hydatique, de phénomènes infectieux légers : Etat subfébrile, coloration légère des téguments, foie un peu gros et douloureux, bref tout le tableau d'une angiocholite légère, dont les accidents ne durent que quelques jours pour disparaître ensuite. En bonne logique, il semble bien que ce soit là que nous devions chercher l'explication de ces ictères fugaces apparus quel-

quefois longtemps avant que d'autres phénomènes attirent l'attention sur un kyste hydatique et que nous trouvons signalés dans plusieurs de nos observations.

Tels sont les malades, pour n'en citer que quelques-uns, des observations VIII, XII, XIV, XV. Malheureusement, dans la plupart des cas, l'ictère est purement et simplement signalé et il est impossible d'être affirmatif. Quoi qu'il en soit, ces accidents infectieux existent et leur pathogénie est facile à saisir. On sait que le principal moyen de défense des voies biliaires contre l'infection ascendante d'origine intestinale réside dans le balayage constant qu'exerce le courant biliaire à leur intérieur. Qu'un obstacle vienne arrêter ou ralentir cette circulation, les germes infectieux peuvent à leur aise envahir les canaux et c'est là le mécanisme habituel des angiocholites calculeuses. On comprend aisément que, du fait de l'existence d'une tumeur intra-hépatique, la circulation biliaire soit mise dans de mauvaises conditions : stase biliaire et infection consécutive, voilà bien les éléments qu'il semble falloir mettre à l'origine des poussées d'angiocholite susceptibles de provoquer le syndrome de l'ictère au cours des kystes hydatiques.

II. — *Infection du kyste.* — A côté de ces cas où le kyste hydatique n'intervient en quelque sorte que d'une façon un peu indirecte, il en est d'autres où c'est au kyste lui-même qu'il faut reporter les accidents infectieux en présence desquels on se

trouve. Les phénomènes seront alors moins fugaces que dans le type précédent et l'ictère revêtira les caractères de persistance, mais aussi d'atténuation qu'il revêt dans les abcès du foie, d'origine spéciale, il est vrai, puisqu'il est dû à l'infection et à la suppuration d'un kyste hydatique. Ajoutons, d'ailleurs, que la virulence d'un pareil abcès est en général très restreinte. On n'a pas le tableau clinique habituel avec les grandes poussées thermiques et les oscillations qui caractérisent la fièvre hépatique. On se l'expliquera assez bien en songeant à la résistance qu'offre à la résorption la membrane d'enveloppe de la poche hydatique.

Comment peut se réaliser l'infection du kyste? Il semble que deux mécanismes soient à invoquer : Par le premier, la poche, communiquant avec les voies biliaires est infectée par leur contenu. Nous nous bornerons à le signaler ici, car la place de cette catégorie de faits est toute indiquée dans le troisième groupe où nous envisageons précisément les relations des kystes hydatiques avec les voies biliaires.

Le second mécanisme consiste dans l'infection pure et simple de la poche, sans communication préalable avec les voies biliaires. Les faits sont là pour défendre cette hypothèse. Le malade de l'observation III, nettement observé à ce point de vue, était porteur d'un kyste suppuré ne renfermant pas de bile. Ce n'est que deux jours plus tard que s'est établie la cholerragie. Dans plusieurs autres de nos observations, nous trouvons signalés des cas d'ictère où, à l'intervention ou à l'autopsie, on est tombé

tout simplement sur un kyste suppuré (obs. IX, XXIII, XXVIII, XXXIII). Quelle explication donner à ces faits? Vraisemblablement l'infection transpariétale, en reconnaissant d'ailleurs que, vu la solidité de la coque péri-kystique, vu aussi le pouvoir bactéricide du liquide hydatique, de tels faits doivent être rares. C'est d'ailleurs à cette conclusion qu'arrive Devé qui, dans l'étude qu'il a faite de ces suppurations intra-kystiques, admet nettement la possibilité de l'infection en poche close.

En somme, dans ce second cadre se rangent les cas où l'ictère reconnaît pour cause des phénomènes infectieux dus aux mauvaises conditions où se trouve la circulation biliaire du fait de l'existence d'un kyste hydatique, que l'infection s'arrête aux canaux ou que, les dépassant, elle gagne le kyste lui-même par un processus qui, la communication réelle étant mise à part, nous échappe dans les détails.

CHAPITRE V

Ictères par relations entre les kystes et les voies biliaires.

Nous avons, il y a un instant, parlé des cas où l'infection du kyste est secondaire à sa communication avec les voies biliaires. C'est que, en effet, les kystes hydatiques peuvent entrer en relation avec les voies biliaires intra ou extra-hépatiques, et ces relations aller du simple refoulement excentrique jusqu'à la communication large.

Ainsi se trouve établi le troisième et dernier groupement des ictères et des coliques hépatiques au cours des kystes hydatiques du foie, car, par un mécanisme ou par des mécanismes qu'il nous reste à établir, ces relations entre la poche kystique et les voies biliaires constituent un facteur pathogénique des plus importants.

C'est à Quénu que l'on doit, dans son récent rapport à la Société de chirurgie (décembre 1906), la mise au point de cette importante question. Avec lui, il y a lieu de distinguer deux ordres de faits : ou bien le kyste, refoulant les voies biliaires intra-hé-

patiques, se met en relations étroites avec elles, mais sans qu'il s'établisse de communications ou bien une communication s'établissant de préférence avec les voies biliaires principales, extra-hépatiques, il y a réellement rupture du kyste dans les voies biliaires. Il ne faut, en effet, pas confondre les cas de pénétration de la bile dans les voies biliaires et ceux de rupture des kystes dans les voies biliaires. Nous nous expliquons : du fait du refoulement excentrique des petits canaux biliaires, une véritable transsudation peut se produire à travers la paroi restée intacte. Tel est le cas de notre observation XXVII (Coffigny, in thèse Bertenet) où un vaste kyste hydatique de la face convexe renfermait dans sa paroi des globules de pus, des cellules puriformes et de nombreux canalicules biliaires.

Tel est encore le cas de l'observation XXXVII (Tuffier : *Semaine médicale*, 1906) où en un point de la membrane hydatique correspondant à l'adhérence du kyste aux voies biliaires, on constatait une large tache brun noir due vraisemblablement à la transsudation biliaire.

Sans doute on peut voir là un acheminement vers la perforation et la communication vraie, et il y a plutôt une différence de degrés entre les deux ordres de phénomènes. Mais les faits n'en restent pas moins et, sur cette question, Quénu se trouve d'accord avec Devé. Comme cet auteur, il en est arrivé aussi à admettre que la théorie qui attribuait à la bile un pouvoir destructeur sur les échinocoques n'a rien d'absolu. L'échinocoque peut survivre à l'inondation

biliaire et, qui plus est, des hydatides peuvent, ainsi que nous le verrons, pénétrer dans les voies biliaires, y vivre et s'y développer (obs. VI, par exemple).

La rupture du kyste dans les voies biliaires, la communication proprement dite, constitue le deuxième ordre de faits en présence desquels nous nous trouvons, à propos de ce dernier point de notre question.

Nous avons résumé plusieurs observations, la plupart empruntées à la communication de Quénu, où se trouvent rapportés des cas de communication de kystes hydatiques avec la vésicule ou les voies biliaires principales (obs. XIV, XV, XVI, XVII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVI).

Au point de vue clinique, Chauffard a rapporté un cas où la rupture du kyste dans les voies biliaires fut suivie de la mort subite. D'autres fois, la conséquence en a été une angiocholite aiguë, aboutissant plus ou moins rapidement à la mort : on a cité des survies au maximum de vingt-huit, vingt-six, vingt-quatre jours.

Quoi qu'il en soit, et c'est là que la question nous intéresse tout spécialement, le syndrome de la colique et de l'ictère a été signalé avec une fréquence remarquable au cours des observations qui rapportent de tels accidents et où la survie a été suffisante pour qu'une symptomatologie nette s'établisse.

Nous rapportons plusieurs observations où le syndrome le plus souvent complet est en effet indiqué. (Obs. VI, XI, XIV, XV, XVI, XVII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVI, XXVII, XXXI.)

Quelles sont les causes qu'il faut voir à l'origine de cet ictère ? Elles sont doubles, pouvant d'ailleurs agir simultanément.

Les hydatiques cheminant dans les voies biliaires, peuvent, en effet, s'y comporter comme un calcul et en provoquer l'obstruction. La rétention en est la conséquence fatale, et avec elle son cortège symptomatique, l'ictère et souvent les coliques en constituant les principaux éléments. (Obs. VI, XXVII, XXXI.)

A la retention, peut d'ailleurs, par un mécanisme sur lequel nous ne reviendrons pas, succéder l'infection. On connaît les manifestations habituelles de celle-ci : c'est le syndrome de toute angiocholite infectieuse. Nos observations nous fournissent plusieurs exemples à l'appui de cette théorie. (Obs. XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXVI).

Obstruction des voies biliaires réalisant la rétention d'une part, infection d'autre part, tels sont donc les deux facteurs pathogéniques de l'ictère et de la colique hépatique à la suite de la rupture des kystes dans les voies biliaires. Ces deux causes peuvent s'associer l'une succédant à l'autre, chacune étant d'ailleurs capable à elle seule de provoquer nos deux symptômes.

Mais en lisant les observations auxquelles nous nous reportons plus haut, on peut remarquer que, dans certains cas, les crises douloureuses et l'ictère sont signalées dès longtemps avant l'apparition des phénomènes aigus ayant provoqué l'intervention.

Le malade de Ferrand (in thèse Bertenet

(obs. XIV) avait eu des douleurs hépatiques et de l'ictère un an avant son entrée à l'hôpital. Celui de Riedel (rapporté par Quénu, obs. XVI) avait depuis plusieurs années et par intermittence, des crises douloureuses et de l'ictère. De même le malade de l'observation XVII.

Deux hypothèses peuvent expliquer ces phénomènes en quelque sorte prémonitoires, ces intervalles de santé séparant l'apparition des phénomènes de douleurs et d'ictère.

Par la première, la communication étant établie une fois pour toutes entre le kyste et les voies biliaires, il se produit exactement ce qui se passe dans la lithiase. Les hydatides, tout comme un calcul, se frayent un passage par intermittence et, par intermittence aussi, obstruant d'une façon plus ou moins complète la lumière des canaux excréteurs, elles provoquent des poussées d'ictères et de coliques. Plus tard et à la longue, l'infection s'établit, des accidents graves apparaissent souvent alarmants; d'où intervention le plus souvent et constatation de la réalité des faits.

Par la seconde hypothèse, d'ailleurs tout aussi défendable que la première, les premiers phénomènes seraient dus, nous y faisons allusion dans un autre paragraphe, à des poussées légères d'angiocholite. Celles-ci trouveraient leur explication dans la compression excentrique des conduits biliaires sans perforation. Ce n'est que plus tard, la perforation se substituant progressivement à la compression, que la bile pénétrerait dans l'intérieur du kyste, d'où phé-

nomènes de résorption, puis apparition des signes d'infection plus ou moins aiguë.

Ainsi, et en résumé, les relations entre les voies biliaires et les kystes hydatiques vont de la compression excentrique des canaux de second ordre à la communication large, celle-ci pouvant d'ailleurs s'établir avec les canaux excréteurs, vésicule, cholédoque, canal hépatique. Du fait de ces relations se trouvent réalisées, les conditions favorables à l'établissement de poussées angiocholitiques et nous nous trouvons ainsi ramenés à des faits appartenant à notre second groupement, celui des ictères infectieux, ou bien c'est la communication large, d'où oblitération possible des canaux par des vésicules, résorption biliaire, production d'ictère et de coliques hépatiques.

DEUXIÈME PARTIE

La Cholerragie dans les Kystes hydatiques

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique

Dans les trois cas que nous présentons à la fin de ce travail et qui lui ont servi de point de départ, dans les trois cas, disons-nous, la marsupialisation du kyste hydatique s'est accompagnée d'un écoulement bilieux :

OBSERVATION I

La ponction ramène huit litres de *liquide vert trouble*.

Quatre jours après cet incident (une hémorragie très violente survenue trente heures après l'opération) on enlève des mèches qui ramènent des caillots et des débris de poche sphacelés. De la cavité suinte encore du liquide sanglant, *mélangé de bile*.

Quinze jours encore, la cholerragie continue.

OBSERVATION II

On pratiqua l'incision : il s'écoula 4 ou 500 grammes de pus mêlé à des kystes. Pendant deux jours on assista à l'élimination des vésicules hydatiques. Par la fistule arriva bientôt la *cholerragie* qui dura pendant vingt ou vingt-cinq jours.

OBSERVATION III

Intervention le 24 novembre.

Le 26 novembre, on fait le pansement. Derrière les mèches, *cholerragie abondante*.

Mais, tandis que dans l'observation I le liquide était déjà teinté au moment de l'intervention, dans l'observation II, la cholerragie s'est montrée après l'ouverture du kyste, et dans l'observation III, plus tard encore, deux jours après l'intervention.

Cholerragie précoce, cholerragie post-opératoire, cholerragie tardive, telles sont donc les trois formes qu'a revêtu cette complication chez nos trois malades.

Et, en effet, si nous consultons l'article tout récent et mettant parfaitement au point la question de MM. Terrier et Dujarrier (*Revue de Chirurgie*, janvier 1906), nous sommes amenés avec ces auteurs à distinguer plusieurs variétés dans les cholerragies. Ces variétés sont, dans le cas particulier, basées sur le moment d'apparition.

La cholerragie peut apparaître avant l'opération, se faire en somme dans le kyste, d'où la marsupialisation l'extériorisera.

Nous ne reviendrons pas, à ce propos, sur la ques-

tion de l'influence heureuse attribuée à l'irruption de bile dans les cavités hydatiques. Nous estimons la question jugée par les travaux de Berthaud, puis de Duvé.

La cholerragie peut encore se produire après une ponction.

Elle peut enfin se produire seulement après l'intervention, et, là encore, divers cas sont à envisager. Ou bien cette cholerragie se produit au moment de l'opération, ou bien vingt-quatre heures après, ou bien même plusieurs jours ou plusieurs semaines après.

Quelles sont les conséquences de cet écoulement bilieux ? Elles varieront essentiellement avec la nature même de cet écoulement et, toujours avec Terrier et Dujarrier, il convient de distinguer deux ordres de cholerragies.

D'une part, c'est la cholerragie totale; l'écoulement est alors très abondant, les fèces sont décolorées, le malade va en s'affaiblissant et en s'amaigrissant et une intervention rapide est souvent nécessaire pour parer à la gravité des accidents.

D'autre part, c'est la cholerragie partielle. Nos trois malades sont rentrés dans ce dernier cadre. Les phénomènes de dépérissement sont alors moins accentués, les selles peu ou pas décolorées. Le pronostic est alors beaucoup plus favorable, l'écoulement dure quelques semaines et tout rentre dans l'ordre.

CHAPITRE II

Etude pathogénique

Ainsi, la marsupialisation des kystes hydatiques du foie peut être suivie de l'écoulement à l'extérieur de liquide bilieux, constituant une cholerragie. Suivant les cas, cette cholerragie s'accompagne de phénomènes plus ou moins graves en rapport avec la plus ou moins grande abondance de l'écoulement. Les signes cliniques consistent surtout dans la constatation de l'écoulement, car cette complication s'installe sans troubles particuliers, peut-être seulement un peu d'anorexie, de soif et de constipation.

Il nous reste maintenant à voir quelles explications ont été fournies à ce phénomène, et, étant donné que chez nos trois malades, il y a eu ictère ou ictère et coliques hépatiques, puis cholerragie, peut-être trouverons-nous dans cette recherche pathogénique un trait d'union entre ce chapitre et le précédent.

Terrier et Dujarrier assignent à la cholerragie deux facteurs étiologiques :

1°) L'ouverture dans la cavité kystique de canaux intra ou extra-hépatiques;

2°) L'oblitération complète ou partielle, passa-

gère ou durable, des voies biliaires principales. Souvent ces deux ordres de causes s'unissent pour produire la cholerragie; mais, dans la plupart des cas de cholerragie totale et durable, il faut craindre un obstacle sur le canal excréteur.

L'ouverture des canaux biliaires peut se faire sous l'influence d'un traumatisme, traumatisme opératoire, au cours même de l'opération ou à sa suite pendant un pansement où l'on blessera la paroi avec une pince, un drain. De même un lavage caustique, un grattage à la curette pourront provoquer le phénomène. On a enfin signalé des cas où un traumatisme général, une chute, un coup sur la poitrine ont déterminé la cholerragie intra-kystique, puis intra-péritonéale ou à l'extérieur suivant que l'on est ou non intervenu.

Mais quand le traumatisme n'intervient pas, plusieurs théories sont en présence, qui prétendent expliquer l'ouverture des canaux biliaires.

Israël et Landau font intervenir la simple exfoliation de la coque conjonctive qui mettrait à nu les acini et les canaux biliaires. Cette exfoliation peut être tardive, à la suite d'une escarre, ou précoce, C'est la suppuration, qui, d'après ces auteurs, semble être la cause primordiale de cette destruction conjonctive.

La théorie de Wechselsmann a, sur la précédente, l'avantage de ne pas faire intervenir la suppuration, se basant sur la constatation d'un riche réseau des canaux biliaires parfois dilatés, au sein de la coque conjonctive (Voir observ. XXIII) il admet la cho-

lerragie par rupture de ces canaux ainsi refoulés par le kyste dans son développement excentrique.

Cette théorie explique nombre de faits et, en particulier, la cholerragie *a vacuo*, la bile transudant à travers les canaux, à la suite de l'évacuation du kyste. De même la rupture après la ponction ou après quelque léger traumatisme opératoire.

La suppuration peut d'ailleurs jouer aussi son rôle avec cette différence que ce sera des canaux intrakystiques qu'elle mettra à nu.

D'après Genzmer enfin, les hydatides développeraient primitivement ou secondairement dans les voies biliaires; mais les faits à l'appui ne sont pas encore assez nombreux pour permettre la discussion.

En tous cas, de cet assez long exposé, nous retiendrons quelques notions sur l'importance desquelles nous reviendrons : ce sont surtout, le rôle de l'infection et le rôle mis en évidence dans la théorie de Wechselmann de la compression par refoulement excentrique des canalicules biliaires.

L'oblitération des voies biliaires principales entre surtout en jeu dans les cas de cholerragies totales, avec le cortège symptomatique souvent alarmant qu'elles ne tardent pas à présenter.

Cette oblitération, nous mettons à part le cas où, l'échiconococcose hépatique se joint la lithiasé, peut être due à une torsion du cholédoque ou de l'hépatique ou encore à leur compression par un kyste passé inaperçu. Ou bien, causes d'origines intracaniculaires à des hydatides qui obstruent la lumière, à moins que, sous l'influence irritative pro-

voquée par la présence d'un kyste compresseur par exemple, il ne se soit produit de l'inflammation chronique et un bouchon muqueux.

En résumé, les causes essentielles de la cholerragie dans les kystes hydatiques du foie semblaient résider d'une part, dans la suppuration de la cavité kystique et dans la compression excentrique des canaux biliaires, d'autre part, dans l'obstruction possible des voies biliaires principales par des vésicules hydatiques ou par un bouchon muqueux dû à une inflammation chronique.

Nous nous en tiendrons là de cette étude des cholerragies, nous bornant à rappeler qu'elles constituent un accident qui ne doit pas être négligé, car, si dans nombre de cas, la guérison s'est faite spontanément, dans d'autres et plus particulièrement ceux où un obstacle obstruait la lumière de l'arbre biliaire une intervention est nécessaire (Obs. XLVI, XLVIII, de Köne et de Korr.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Rapports entre la cholerragie et le syndrome de l'ictère et de la colique, au cours des kystes hydatiques du foie.

Nous avons à la fin du chapitre précédent résumé les causes des cholerragies en nous arrêtant surtout à la compression, à l'infection, puis à la pénétration des hydatides ou à l'inflammation chronique des conduits. Or, frappé déjà par ce fait que nos trois malades ont eu de l'ictère et que tous trois ont présenté de la cholerragie, nous ne pouvons que constater qu'il existe une analogie réelle entre les causes de l'un et les causes de l'autre.

Les ictères par compression du hile ne doivent rentrer évidemment que pour peu de chose en ligne de compte. Néanmoins une ulcération peut se produire au point de contact, ulcération qui se prévoyait nettement dans ce cas de Tuffier où sur la paroi d'un kyste du lobe de Spiegel on voyait une large tache brun noir au niveau de l'adhérence aux voies biliaires

(obs. XXXVII). De plus, cette compression peut, dans une certaine mesure expliquer l'inflammation chronique cause d'obstruction. Les observations XXXVI, XXXVII, XLV sont des exemples à l'appui de ce que nous avançons.

Dans les trois cas, la marsupialisation de kystes du lobe de Spiegel a été suivie de cholerragie. Dans les trois cas il y avait eu ictère, et dans deux coliques hépatiques et ictère.

Le cadre assez extensible des ictères infectieux offre une place à ces cas où un kyste hydatique est du fait de l'infection transformé en abcès du foie. Si donc les cas d'ictère par poussées légères d'angiocholite doivent être laissés de côté, nous rappellerons quel rôle important accordent à la suppuration les théories qui veulent expliquer la cholerragie. Nombreuses sont les observations où un malade, ayant présenté le syndrome de l'ictère, a été trouvé porteur d'un kyste suppuré et a fait une cholerragie. Mais nous devons faire cependant une réserve pour les cas où la suppuration a été consécutive à la rupture, à la communication avec l'arbre biliaire, ce qui nous conduit à notre dernière division.

Le groupe des ictères par relations entre le kyste et les canaux biliaires se trouve être celui qui fournira les cas les plus nombreux où l'ictère se retrouve dans l'histoire clinique d'un malade qui a fait ensuite de la cholerragie.

Toute la théorie de Wechselsmann est basée sur la présence dans la paroi kystique de canalicules refoulés par le développement excentrique de la tu-

meur. N'est-ce pas précisément là une des variétés que nous avons signalée parmi les rapports entre le kyste et les voies biliaires, comme pouvant expliquer l'ictère ? Que, poussée plus loin, cette compression aboutisse à l'ulcération, la communication est établie entre le kyste et les voies biliaires : d'où ictère par des processus sur lesquels nous ne reviendrons pas, mais surtout net quand il y a obstruction des canaux par une hydatide.

L'on comprend aisément que la marsupialisation des kystes soit alors suivie de cholerragie véritablement calquée sur l'ictère, étant d'autant plus abondante et grave que l'obstruction des voies inférieures est plus complète. Il faut cependant à ce propos insister encore sur les modalités diverses que peut revêtir la cholerragie due précisément à ces relations entre les kystes et les voies biliaires.

D'abord c'est la communication nette entre le kyste et les voies biliaires, d'où écoulement de bile dans le kyste avant toute intervention, d'où cholerragie en quelque sorte préparatoire, c'est le cas de l'observation I.

Autre cas : il n'y a pas communication nettement établie, mais les canalicules, refoulés et dilatés par la tumeur, n'attendent qu'une occasion de se rompre, et cette occasion leur est précisément fournie par l'ouverture du kyste ; il se produit alors une décompression brusque, l'on a à faire à la cholerragie au moment même de l'intervention.

Dans un troisième type enfin, type mixte, on verra intervenir à la fois la décompression, l'infection, et,

dans certains cas, l'ulcération due au contact d'un tampon, d'une mèche. C'est alors que la cholerragie tardive pouvant survenir, un ou deux jours et davantage après l'intervention (obs. II).

Ainsi, partant de trois observations qui auraient présenté ce double phénomène, nous en avons réuni treize où des kystes hydatiques ayant présenté les uns de l'ictère seul, les autres de l'ictère et des coliques hépatiques, et un seulement des coliques, ont été compliqués après l'intervention de cholerragie plus ou moins abondante. Nous sommes donc bien autorisés, nous appuyant sur ces faits cliniques et sur les raisons théoriques plus haut exposées, à admettre que les *kystes avec ictère sont plus exposés que les autres à la cholerragie*.

Il n'y a évidemment pas là une règle fixe, inéluctable : cherchant à démontrer la fréquence relative de l'ictère au cours des kystes hydatiques, nous en avons réuni quarante-sept cas (quinze seulement ont présenté de la cholerragie alors qu'une trentaine environ ont été opérés. Aussi est-ce pour cela que nous disons que les kystes avec ictère sont exposés à la cholerragie, voulant spécifier par là que si on n'est pas autorisé en pareil cas à l'affirmer, on doit toujours la prévoir, et cela avec une fréquence bien plus considérable que dans les kystes n'ayant pas présenté d'ictère.

En résumé, et pour conclure, l'ictère et souvent les coliques hépatiques d'une part, la cholerragie post-opératoire d'autre part, sont des phénomènes relativement fréquents au cours de l'histoire clinique

des kystes hydatiques du foie. Sans faire du second de ces phénomènes la conséquence fatale du premier, nous sommes autorisés à les associer et à considérer l'ictère comme le signe de lésions pouvant, à un moment ou à l'autre, donner naissance à une choléracie.

CHAPITRE II

Déductions thérapeutiques

Avant de terminer ce travail, nous devons nous demander si des conclusions pratiques peuvent être tirées des considérations auxquelles nous nous sommes livrés. Il ne s'agit pas évidemment de l'ictère ni des coliques hépatiques, phénomènes purement symptomatiques qui disparaîtront immédiatement après la marsupialisation, mais bien de la cholerragie. En un mot, pouvons-nous des données précédentes tirer quelques conclusions thérapeutiques pour éviter la cholerragie après l'ouverture des kystes.

Il semble à première vue que ce soit là un puissant argument en faveur du procédé de Delbet (méthode de Band), consistant dans l'incision, puis la décoration de la poche, suivie de la suture totale par capitonnage des parois.

C'est là sans doute l'intervention théoriquement parfaite, l'intervention de choix, mais contre la généralisation de son emploi plusieurs arguments sont à invoquer :

1° Elle est contre-indiquée dans les kystes suppurés avec communication préalable.

Et nous avons vu que ceux-ci rentrent pour une bonne part dans les cas de cholerragie;

2° Elle est souvent impossible dans les grands kystes interstitiels avec prolongement postérieur déclive (obs. III).

3° Il existe enfin des observations où, même après un capitonnage sérieux, on fut obligé de réinciser pour drainer un épanchement bilieux suppuré ou non, qui s'était fait dans cette poche malgré le capitonnage.

Ainsi, tout en reconnaissant les avantages théoriques de la méthode de Delbet, nous ne pouvons conclure à son emploi pour éviter la cholerragie, puisque, contre-indiquée dans certains cas, elle est, dans d'autres, impraticable et illusoire.

Ce qui semble logique, c'est, étant données deux des causes principales de cholerragie : la décompression et l'infection, c'est :

1° De chercher à remplacer la contre-pression préexistante;

2° D'éviter l'infection ordinaire de celui-ci après son ouverture.

A cela on arrivera plus ou moins complètement :

1° En faisant une marsupialisation telle que la poche se draine au point déclive et, s'il le faut, en faisant une contre-ouverture lombaire comme le recommande M. le professeur Jaboulay. De cette façon, par le propre poids de l'organe, les parois tendent à s'accoler, le liquide tend à s'expulser et la

cicatrisation des voies biliaires est sensiblement favorisée;

2° Pour éviter la décompression trop brusque pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, et qui expose en même temps qu'à la cholerragie à des hémorragies veineuses parfois mortelles, il faudra toujours compléter le drainage quand cela semblera nécessaire, par un tamponnement momentané assez serré de la poche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Ictère. — Kyste hydatique du foie. — Incision et excision partielle du kyste. — Hémorragie et cholerragie dans la poche. — Guérison.

M. L..., quarante-quatre ans.

Rien dans les antécédents héréditaires. Aucune maladie jusqu'à trente ans, que des troubles gastriques mal définis, qui durent encore. Il y a quatorze ans, crise d'ictère qui a duré pendant trois mois. A quarante et un ans, il y a trois ans, apparition d'un ictère qui se prolonge pendant six mois : on constate alors, au-dessous du foie, une tumeur du volume d'un œuf, lisse, régulière, indolore au palper. La malade ne souffrait pas, mais elle se plaignait d'une asthénie considérable; l'appétit avait disparu; les digestions étaient laborieuses avec sensation de pesanteur sans vomissements. Au bout de six mois, tous ces symptômes avaient cessé, l'ictère était dissipé; la tumeur n'était plus retrouvée par le médecin.

En juillet 1906, l'ictère apparaît de nouveau et on retrouve la tumeur sous l'hypocondre droit. La maladie était restée silencieuse pendant trois ans, peu à peu la tumeur augmenta de volume, envahissant tout le côté droit de l'abdomen.

La malade entre à l'hôpital le 3 octobre 1906 dans le service de M. Bérard.

C'est une femme amaigrie avec un ictère peu foncé portant sur les téguments et les conjonctives. Digestion pénible, inappétence, dégoût des aliments. Prurit. Les matières sont colorées, les urines foncées avec réaction des sels biliaires.

Dans l'abdomen, une masse énorme occupe tout le côté droit. Cette tumeur est lisse, régulière; elle obéit aux mouvements respiratoires et se continue manifestement avec le foie par une zone de matité. Aucun signe de réaction pleurale à droite.

8 octobre. — *Intervention.* Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le kyste apparaît recouvert d'une fibreuse épaissie, son volume rend difficile la constatation de son point d'implantation. La ponction ramène huit litres de liquide vert trouble. La tumeur évacuée, on voit qu'une des implantations se fait sur la face convexe du foie, au voisinage du bord antérieur, immédiatement au-dessus de la vésicule. Incision sur le bord du muscle droit et refoulement de celui-ci en dedans. On voit le kyste se prolonger en haut jusqu'au contact du diaphragme. On ponctionne ce prolongement et la poche est enucléée. Mais sur la face inférieure, on découvre un prolongement allant loin en arrière, jusqu'au contact de la colonne. On tente l'extirpation de la membrane, qui s'exécute en grande partie. Tout à fait en arrière, cependant, cette décorication apparaît comme impossible et dangereuse. On termine donc en marsupialisant le fond de la poche, dans laquelle on laisse un drain et deux mèches assez peu serrées.

Le soir et le lendemain matin, rien à signaler. Trente heures après l'opération, la malade fait par sa poche une hémorragie formidable. M. Chabanon, interne du service, appelé d'urgence, enlève les mèches et retamponne fortement la cavité; il arrive ainsi à se rendre maître de l'hémorragie. Pendant deux jours l'état de l'opérée reste précaire; elle ne semblait pas pouvoir faire les frais de son hémorragie. Cependant, elle se remonta peu à peu, grâce au traitement intensif : caféine, sérum, ergot, etc. Quatre jours après cet

incident, on enlève les mèches, qui ramènent des caillots et des débris de poche sphacelés. De la cavité suinte encore du liquide sanglant, mélangé de bile.

Pendant dix jours environ, le kyste donne issue à du liquide sanglant et bilieux. Chaque jour le kyste est pansé, sa cavité écouvillonnée doucement avec des mèches imbibées d'eau oxygénée.

Quinze jours encore, la cholerragie continue. La malade se plaint d'asthénie, d'inappétence. Elle a maigri d'une façon considérable. Puis peu à peu, l'écoulement biliaire se tarit, la poche tend à se fermer. La cholerragie a duré vingt et un jours environ.

Actuellement (15 décembre), la malade va tout à fait bien. Sa fistule est fermée. Les digestions sont normales. On peut la tenir pour guérie.

OBSERVATION II

Coliques hépatiques. — Ictère. — Kyste hydatique du foie. — Ouverture dans l'intestin. — Infection de la poche. — Incision. — Cholerragie. — Guérison.

S. H..., quarante-huit ans.

Aucune affection dans l'enfance. Il y a dix ans, première poussée d'ictère qui aurait duré quelques jours seulement.

Pendant dix ans, aucun accident pathologique.

L'affection actuelle débuta, il y a six mois, par une lassitude extrême. L'appétit disparut rapidement. Les digestions s'accompagnent de pesanteur, sans vomissements ni douleur aiguë. Ces symptômes restent vagues pendant un mois, au bout duquel apparaît l'ictère, qui dure quinze jours environ. Mais le mois suivant, à deux reprises, le malade souffre de douleurs violentes dans l'hypocondre droit, irradiées à l'épaule, rappelant la colique hépatique et nécessitant des injections de morphine. Ces crises sont suivies de subictère.

M. Fauriel, qui soigne le malade, découvre alors, sous le foie, une tumeur régulière paraissant faire corps avec lui.

Pendant quatre mois, état stationnaire; la tumeur augmente de volume. Le malade asthénique est sans appétit. En septembre 1906, il se décida à une intervention. M. P. Cavailon se préparait à la pratiquer quand, sur la table d'opération, le malade évacua par le rectum 500 grammes de liquide clair, contenant en suspension 150 hydatides environ de volume très variable. La tumeur avait disparu.

À la suite de cet incident, le malade fut très soulagé, et un instant on put croire à la guérison.

4 octobre. — Le malade revenait avec un plastron dans la région iliaque droite. La peau était rouge et on n'avait pas de doute sur l'existence d'une suppuration sous-jacente. On pratiqua l'incision : il s'écoula 400 ou 500 grammes de pus mêlé à des kystes. Pendant deux jours on assista à l'élimination de vésicules hydatiques. Par la fistule, apparut bientôt la cholerragie qui dura pendant vingt ou vingt-cinq jours.

Peu à peu, l'écoulement diminuait, devint plus clair. On fit dans la poche quelques injections de formol.

Le 10 novembre, le malade est revu. On ne sent rien dans l'hypocondre droit; rien au toucher rectal. La fistule est presque complètement tarie.

OBSERVATION III

Crise de coliques hépatiques à répétition. — Ictère. — Signes d'infection hépatique. — Intervention : incision, marsupialisation d'un kyste hydatique suppuré. — Cholerragie. — Broncho-pneumonie double. — Mort. — Ouverture d'un canal biliaire principal dans la cavité du kyste.

S.-J. L..., vingt-six ans.

Rien dans ses antécédents, sinon qu'il a eu des crises douloureuses qui n'auraient pas été suivies d'ictère.

Avril 1903. — L'affection actuelle a débuté, il y a huit jours, par des douleurs affectant le type de coliques, naissant au niveau du creux épigastrique, s'irradiant assez vite à tout l'abdomen. Les douleurs atteignirent d'emblée toute leur intensité et durèrent pendant vingt-quatre heures. Le malade était soulagé quand il se couchait sur le ventre.

Pendant trois ou quatre jours, les vives douleurs cessent, le malade est très abattu; vers le sixième jour, à la suite de la reprise de l'alimentation, il recommence à souffrir en même temps qu'il a d'abondants vomissements. L'ictère apparaît alors et une asthénie considérable s'installe.

A son entrée à l'hôpital dans le service de M. Mollard (4 avril 1904), coloration jaune des téguments et des muqueuses, surtout accusée au niveau de la face et des membres supérieurs.

Le foie s'étend par sa matité, depuis le troisième espace jusqu'au rebord costal. A son niveau, ni tuméfaction, ni empâtement, ni point douloureux. Rien au cœur. Aux poumons, la base droite sonne nettement. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de température.

Le malade sort guéri en apparence le 25 avril. Jusqu'en août 1906, sa santé est assez bonne, à part quelques vagues troubles digestifs, des hémorroïdes et du prurit anal.

En août 1906, crise de colique hépatique avec point vésiculaire et ictère qui se prolonge pendant huit jours. A la suite de cette atteinte, les troubles de la digestion s'accroissent et deviennent permanents.

En septembre, nouvelle crise à type de colique, plus violente que les précédentes, avec ictère et vomissements bilieux.

Du 15 septembre au 30 octobre, six nouvelles crises se sont produites, toutes très violentes, altérant chaque jour davantage l'état général du sujet. De temps en temps, de petits frissons suivis de crises sudorales. Une fois, on aurait, il y a huit jours, constaté une élévation thermique.

A l'examen (30 octobre) : ictère généralisé, mais peu

foncé. La région hépatique est douloureuse. Il est à peine possible de pratiquer l'examen; la percussion légère révèle de la matité jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic. Rate volumineuse.

La respiration est plus obscure au niveau de la base droite sans modification de la sonorité ni bruits anormaux. T. 38°,4.

Jusqu'au 24 novembre, l'état du malade va s'aggravant; la température s'élève avec de grandes oscillations. Aux bases, signes d'épanchement pleural. Gros foie douloureux, difficile à palper. Pas d'ascite; pas d'ictère; matité à la base droite.

M. Bérard, à qui M. Mollard soumet le malade, pense, en raison de ces symptômes, à de la lithias biliaire infectée ou à un abcès intra-hépatique.

Le 24 novembre, M. Bérard pratique une laparotomie sur le bord externe du droit.

À l'ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité de liquide séreux. L'exploration des voies biliaires et de la surface externe du foie reste négative. En raison du gros volume et de la rénitence du foie, on le ponctionne. À 10 centimètres environ au-dessus de son bord inférieur, on enfonce le trocart, qui ramène du liquide clair tenant en suspension des glaires et du pus. On essaie en vain d'aspirer avec le Potain le contenu de la cavité. On obtient seulement un peu de liquide avec des gaz d'odeur stercorale. L'évacuation ne pouvant se faire ainsi, on incise largement après avoir protégé avec des compresses la cavité péritonéale. Les deux lèvres de l'incision, saisies avec des pinces de Museux, sont attirées à la peau; on évacue un grand nombre d'hydatides filles, avec du pus et des débris de poche.

Il s'agit donc d'un gros kyste hydatique intra-hépatique, encore séparé du diaphragme par 1 centimètre environ de tissu hépatique sain. La poche se prolonge en arrière très loin au contact de la colonne. L'évacuation des hydatides, très difficile, ne peut se faire qu'avec la grosse curette. Le capitonnage étant impossible en raison de l'étendue de la

poche et de son contenu suppuré, on termine par la marsupialisation. La poche, lavée avec une solution faiblement formolée, est tamponnée avec des compresses de gaze au centre desquelles on laisse un gros drain.

Le 26 novembre, la température, qui le soir de l'opération avait atteint 40°, est revenue à la normale. On fait le pansement derrière les mèches, cholerragie abondante.

Jusqu'au 12 décembre, l'état du malade se maintient, la cholerragie est très abondante, amaigrissement, inappétence. Chaque matin, le pansement est largement souillé et on peut retirer de la poche, par aspiration, 200 à 250 grammes de bile pure. La diarrhée apparaît au début de décembre, mais les matières sont néanmoins colorées. La température oscille autour de 38°. On songe à faire une contre-ouverture lombaire.

Le 12 décembre, le malade meurt brusquement, avec une dyspnée assez intense.

Autopsie. — La cavité abdominale ne présente aucune trace de péritonite. Le doigt, introduit dans la cavité du kyste, montre que cette poche s'étend loin en arrière, au contact de la région lombaire et de la colonne. En disséquant le foie, on voit qu'en arrière de lui monte une petite fusée purulente venant réaliser, sur sa face convexe, au niveau de la loge sous-phrénique droite, une petite collection.

Le foie enlevé et ouvert, on constate l'existence d'une immense cavité creusée aux dépens du lobe droit; elle est dans sa partie postérieure seulement, recouverte de la membrane hydatique. En explorant la paroi de la cavité, on découvre l'ouverture d'un conduit biliaire, qui débouche directement dans la cavité kystique. Ce conduit est cathétérisé, il s'agit d'un conduit secondaire, branche de bifurcation principale du canal hépatique.

L'examen du cholédoque, du cystique de l'hépatique, ne révèle aucun calcul.

La vésicule biliaire est toute petite, complètement isolée

des voies biliaires. Le canal cystique est représenté par un petit moignon branché sur l'hépatique, relié à la vésicule par un cordon fibreux. La vésicule ouverte, on cherche en vain sur sa surface muqueuse un orifice de communication. La muqueuse est blanche, ne paraissant jamais avoir été en contact avec de la bile, à peine un peu de mucus est-il contenu dans cette vésicule. Le reste du foie est remarquablement sain.

Aux poumons, foyer diffus de broncho-pneumonie avec nombreux points suppurés qui a sans doute entraîné la mort.

En somme, dans deux de ces observations (Obs. II et III), les malades ont présenté, à de longs intervalles, des crises avec le caractère des coliques hépatiques. Chez les trois malades, l'ictère s'est montré à des phases différentes de la maladie, en général peu accusé dans sa teinte, mais présentant toujours un caractère intermittent; le plus souvent, il a succédé à des crises douloureuses. Chez tous les malades, l'ouverture du kyste a été suivie de cholerragie partielle; mais cette cholerragie ne s'est pas présentée chez tous avec les mêmes caractères : dans le premier cas, le liquide biliaire était déjà vert au moment de la première ponction; le second malade a vu l'écoulement s'installer après l'ouverture de la poche dans l'intestin ou dans les voies biliaires; dans le troisième cas, la cholerragie s'est montrée plusieurs jours après la marsupialisation d'une poche déjà infectée avant toute intervention.

OBSERVATION IV

Gauthier (clinique de M. le professeur Jaboulay; in thèse *Bertenet*).

G... J., trente-neuf ans, entre le 20 mai 1905 dans le service de M. le professeur Jaboulay. Pas d'antécédents héréditaires spéciaux. A séjourné aux colonies où il a contracté

la syphilis, mais n'a jamais eu de paludisme. Marié, sa femme a eu deux fausses couches.

Le malade a toujours été gros mangeur, particulièrement de viande saignante. Ethylisme certain de vin et d'alcool. Apparence très robuste (120 kilos).

Au mois de septembre 1904, il prit brusquement une abondante épistaxis, et depuis il présente de l'abattement, perdit l'appétit et eut de mauvaises digestions. Depuis quelque temps déjà, son entourage aurait remarqué du subictère conjonctival.

Après le mois de septembre 1904, ce subictère devint de plus en plus apparent, puis la figure prit une teinte jaunâtre, et enfin le corps devint en entier ictérique. Jamais cet ictère ne présenta d'oscillations et il fut bientôt accompagné de prurit extrêmement intense.

Les urines étaient devenues plus colorées et le malade avait depuis longtemps remarqué la décoloration des selles.

Pas de vomissements, mais constipation tenace, obligeant le malade à prendre des lavements journaliers. Amaigrissement progressif, qui a fini par atteindre 33 kilogrammes.

Divers traitements, lait, eau de Vichy, régime végétarien, n'améliorent pas le malade que l'on engage finalement à se faire opérer. Il dit n'avoir d'ailleurs jamais souffert et n'avoir jamais eu de fièvre, se plaignant surtout de son prurit et de la perte de ses forces.

A l'examen, homme d'aspect vigoureux. Ictère presque olivâtre. Urines très colorées dans lesquelles l'acide azotique montre des pigments biliaires en abondance.

Les matières sont toujours franchement décolorées. Digestions lentes, mais sans douleurs. Prurit intense.

Pas de modifications de l'abdomen à l'inspection; pas de circulation veineuse complémentaire.

A la palpation, on sent, au-dessous des fausses côtes, un foie volumineux, lisse, non douloureux, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic; à ce niveau, on peut presque saisir son bord tranchant. Le long du bord inférieur, en particulier,

vers le bord externe du grand droit, on ne sent rien qui corresponde à la vésicule.

La rate est volumineuse : matité au niveau des trois ou quatre derniers espaces intercostaux. Le pôle inférieur est nettement perçu.

Pas d'ascite, pas de ganglions, rien aux poumons, rien au cœur.

OEdème léger des membres inférieurs.

Pas de température.

On fait le diagnostic de cirrhose hypertrophique biliaire, avec cette réserve que la décoloration des fèces ne correspondait pas au type classique de Hanot.

M. le professeur Jaboulay fit la laparotomie et tomba sur un gros kyste hydatique suppuré de la face inférieure du foie, comprimant les organes du hilé. On évacue trois ou quatre litres de pus, de fausses membranes, d'hydatides. Longues mèches de gaze dans la cavité. Marsupialisation.

Le malade, revu après huit mois, a engraisé de 20 kilos et a repris son métier. Il persiste une légère teinte ictérique sur les téguments du tronc.

OBSERVATION V (résumée)

Coffigny : in thèse *Bertenet*.

Ictère allant en s'accroissant chez un enfant de dix ans dont la santé générale est bonne et qui n'a jamais souffert dans la région hépatique.

Le foie, à l'entrée, est très volumineux. Selles de couleur cendrée.

Epistaxis incoercibles quelques jours après l'entrée. Mort.

A l'autopsie, trois kystes, l'un sur la face convexe, le second au centre, le troisième à la face inférieure, comprimant à peu près entièrement l'origine des voies biliaires.

OBSERVATION VI (résumée)

Dévé : Société de biologie, 11 février 1905.

Il s'agit d'une femme cachectique et subictérique, présentant un gros foie irrégulier accompagné d'un épanchement ascitique survenu brusquement en une nuit, sans traumatisme, quelques jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu de Rouen. La ponction révélant de l'épanchement fait porter le diagnostic de kyste hydatique du foie rompu dans le péritoine. La décoloration complète des matières fécales avait fait admettre une obstruction du cholédoque par des débris hydatiques.

A l'autopsie, canal cholédoque obstrué et distendu par un amas d'hydatides. Dans l'un et l'autre lobe du foie, on trouve vingt et une poches dont l'une était rompue dans le péritoine. A l'exception de trois d'entre elles paraissant indépendantes, toutes les poches étaient envahies par la bile et bourrées d'hydatides dont quelques-unes restaient vivantes. D'autre part, toutes ces poches communiquaient entre elles et avec de gros canaux biliaires aboutissant au hile.

Réflexions. — L'examen attentif de la pièce anatomique a permis de constater que la plupart des poches étaient formées aux dépens des conduits biliaires dilatés. Le processus pathogénique a vraisemblablement été le suivant : oblitération du cholédoque par des vésicules issues d'une première poche hépatique ouverte spontanément dans un gros tronc biliaire puis envahissement rétrograde de la canalisation biliaire par les germes hydatiques vivants qui y continuèrent leur développement.

OBSERVATION VII (résumée)

Wunderlich in *Dévé* (Mémoire à la Société anatomique de Paris, mars 1903.

Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans entré à l'hôpital avec des tumeurs multiples de l'abdomen et de la fièvre. Bien-

tôt après ictère avec aggravation de l'état général. Mort dans le collapsus, après une vive douleur à l'épigastre.

A l'autopsie, volumineux kyste du lobe gauche du foie.

OBSERVATION VIII (résumée)

Guilaine : Thèse de Paris, 1900.

Il s'agit d'un enfant de treize ans opéré dans le service de Broca et chez lequel on trouva plusieurs kystes hydatiques du foie et, parmi eux, une masse polykystique tenant à la face inférieure.

Trois ans avant, dans un autre service, le diagnostic en avait été fait à la suite d'un examen du foie qu'avait provoqué la constatation du subictère.

OBSERVATION IX (résumée)

Guilaine : Thèse de Paris, 1900.

Enfant de onze ans, qui depuis deux mois a perdu l'appétit et a présenté de l'ictère par intermittences. Tumeur soulevant la peau, au niveau des neuvième, dixième et onzième espaces intercostaux. Fluctuation nette.

L'incision donne issue à du pus et à deux vésicules hydatiques. En poursuivant l'intervention on tombe sur un kyste du foie infecté et suppuré.

OBSERVATION X (résumée)

Chauffard : *Semaine médicale*, 1896 in thèse de Sèze

Il s'agit d'un malade, mort subitement à la suite de la rupture d'un kyste hydatique du foie et qui, antérieurement, sans avoir eu de coloration jaune des téguments, aurait souvent remarqué que ses selles étaient décolorées.

OBSERVATION XI (résumée)

Gouguenheim : Société anatomique de Paris, 1865.

Jeune femme de vingt-six ans malade depuis deux ans et demi et portant une volumineuse tumeur bosselée occupant presque toute la cavité abdominale.

Dans les deux derniers mois, œdème des jambes, puis ictère et mort dans phénomènes ataxo-adiynamiques.

A l'autopsie, foie bosselé ressemblant à un foie cancéreux, mais à la coupe, nombreuses cavités pleines d'hydatides dont quelques-unes se sont rompues dans les canaux biliaires.

OBSERVATION XII (résumée)

Sklifosowsky : in thèse Band, Lyon 1904.

Ictère avec accès fébriles dix mois avant l'entrée à l'hôpital d'un malade porteur de plusieurs kystes hydatiques de la cavité abdominale (laparotomie) et, entre autres, d'un gros kyste ancien du foie, à contenu *brun verdâtre*.

OBSERVATION XIII (résumée)

Coffigny : in thèse Bertenet

L'autopsie d'une femme de quarante-deux ans, morte après avoir présentée des douleurs assez vagues dans l'hypochondre droit et un ictère prononcé, permet de constater trois kystes hydatiques du foie.

L'un d'entre eux, situé dans l'échancrure de la vésicule comprime l'origine des voies biliaires. Le foie présente les lésions de l'hépatite interstitielle.

La rate est très hypertrophiée.

OBSERVATION XIV (résumée)

Ferrand : Société médicale des hôpitaux, 9 septembre 1904.
in thèse *Bertenet.*

C'est le cas d'un homme de trente-cinq ans ayant eu les fièvres en Algérie. Il a déjà souffert du côté de son foie et a présenté de l'ictère il y a un an.

A son entrée, ictère foncé, foie volumineux, grosse rate, poussées fébriles avec, en même temps, accélération du pouls. Pigments biliaires nets dans les urines.

A l'autopsie, kyste volumineux du lobe droit, communiquant à sa partie antérieure avec la vésicule biliaire.

Le poumon droit est le siège d'une broncho-pneumonie.

OBSERVATION XV (résumée)

Syers : rapportée par Quénu.

Femme de trente-sept ans présentant depuis plusieurs mois des douleurs épigastriques qui, depuis un mois s'accompagnent d'ictère. Température.

La cholécystostomie est suivie d'une amélioration, mais la mort survient après dix-huit jours, avec les signes d'une péritonite aiguë.

A l'autopsie, la portion centrale du foie est le siège d'un énorme kyste hydatique suppuré ouvert dans le cholédoque.

OBSERVATION XVI (résumée)

Mütznadel (clinique de Riedel) rapportée par Quénu

Un homme de trente-quatre ans a présenté depuis plusieurs années des crises douloureuses abdominales très violentes et, à certains moments, de l'ictère généralisée.

La cholécystostomie donne issue à de la bile et à du pus et on peut sentir sous le foie une tumeur grosse et fluctuante : on nettoie et draine par une incision de la paroi postérieure de la vésicule un volumineux kyste hydatique infecté, qui communiquait avec cette vésicule.

OBSERVATION XVII (résumée)

Quénu.

Après avoir été opéré deux ans auparavant d'un kyste hydatique du petit bassin un jeune homme de vingt-quatre ans présente à diverses reprises des accès douloureux revêtant tous les caractères des coliques hépatiques et s'accompagnant d'ictère plus ou moins accentué.

La laparotomie permet d'enlever un kyste hydatique fusionné avec le grand épiploon d'une part, la vésicule d'autre part.

Guérison obtenue sans incidents.

Le kyste n'était pas suppuré et une perforation laissant passer un crayon le faisait communiquer avec la vésicule.

OBSERVATION XVIII (résumée)

Duval : rapportée par *Quénu*

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans qui a présenté pendant un mois des crises douloureuses extrêmement violentes. Elles ont été accompagnées d'un ictère intense avec, au début, décoloration des fèces : ce symptôme a d'ailleurs disparu depuis.

L'hépatico-cholédocotomie est pratiquée, mais au cinquième jour, la malade reprend de fortes températures.

En faisant, dans le drain hépatique, de l'aspiration avec une seringue de Guyon, M. Duval ramène brusquement un mélange de bile et de membranes flétries.

Guérison normale à partir de ce moment.

OBSERVATION XIX (résumée)

Sasse, rapportée par *Quénu*.

Une femme de quarante-six ans a présenté depuis quatre ans plusieurs crises douloureuses abdominales, avec ictère intense.

Laparotomie. Cholécotomie qui donne issue à de la bile infectée et à des hydatides. La curette introduite par le cholédoque conduit dans un kyste du lobe gauche qui est marsupialisé.

Guérison difficile.

OBSERVATION XX (résumée)

Beyer, rapportée par *Quénu*.

Un homme de quarante-huit ans souffre depuis trois ans de crises douloureuses suivies d'ictère avec décoloration des fèces : santé parfaite dans les intervalles.

Le diagnostic posé est celui de lithiasé biliaire et l'on pratique la cholécotomie puis la cholécystenterostomie. La vésicule renferme un débris de vésicule hydatique.

Mort le lendemain de péritonite.

A l'autopsie, kyste du lobe gauche.

OBSERVATION XXI (résumée)

Quénu.

Crise douloureuse abdominale très violente chez un homme de cinquante-quatre ans qui présente depuis un ictère très marqué avec décoloration des fèces. Température entre 38°,5 et 39°.

Laparotomie. Ouverture d'un kyste qui renferme des

hydatides, des débris de membranes et de la boue biliaire et, dans le fond duquel, on aperçoit un orifice de communication avec les voies biliaires. Celles-ci sont recherchées : cholécystectomie ; cholédoco-hépaticotomie puis on marsupialise le kyste.

Mort le jour même.

A l'autopsie, kyste au niveau de la partie moyenne du bord antérieur, avec perforations au niveau de la bifurcation de l'hépatique et au niveau de la branche droite.

OBSERVATION XXII (résumée)

Terrier : Communication à la *Société de Chirurgie*
(24 octobre 1906)

Douleurs abdominales à intervalles plus ou moins rapprochés se manifestant depuis quinze ans chez une femme de trente-neuf ans. Apparition d'ictère depuis huit mois, qui a eu des phrases de diminution et d'aggravation, mais n'a jamais disparu.

Ictère, décoloration des fèces, avec douleurs et accidents fébriles au moment de l'entrée.

Intervention après une semaine.

Cholécystectomie : nettoyage du cholédoque à la curette, qui ramène des hydatides, des débris de membrane, puis on remonte vers l'hépatique qui communique largement avec une poche suppurée intra-hépatique.

Le malade meurt au moment où se termine l'opération.

A l'autopsie, kyste hydatique infecté ouvert dans les voies biliaires, au niveau du canal hépatique.

OBSERVATION XXIII (résumée)

Coffigny (in thèse *Bertenet*, Lyon 1905-1906).

Un homme de vingt-sept ans ayant souffert de violentes douleurs dans le flanc droit, présente à son entrée un ictère très accentué.

Il meurt après quinze jours, avec des phénomènes d'oppression qui l'emmènent en une demi-heure.

A l'autopsie, vaste kyste hydatique à la face convexe dans la paroi duquel on trouve des globules de pus et des cellules puriformes en même temps que de nombreux canicules biliaires.

Le foie présente les lésions de la cirrhose hypertrophique.

En somme, kyste hydatique suppuré, avec rétention biliaire par compression des canaux intra-hépatiques.

OBSERVATION XXIV (résumée)

Danchez : Bulletin de la Société anatomique de Paris (1884), in thèse Bertenet.

Un enfant de quatorze ans qui présente de la mégalosplénie depuis l'âge de onze ans est atteint d'un ictère très intense, qui s'est développé en quatre jours. L'apparition de cet ictère a été précédée d'une douleur assez vive dans le flanc droit.

Au niveau du foie, tumeur bosselée, assez régulière, difficile à bien limiter.

Après avoir présenté des selles décolorées, un ictère de plus en plus foncé et quelques épitaxis, le malade prend de la diarrhée; va en s'affaiblissant et meurt dans le coma.

A l'autopsie, kyste hydatique de la face inférieure du foie.

OBSERVATION XXV (résumée)

F. Lejars (Gazette des hôpitaux, 1898) in thèse Bertenet.

Douleurs sourdes avec exacerbations depuis six mois dans l'hypochondre droit, ictère avec décoloration des fèces depuis dix jours. Température entre 38°,5 et 39°,5. Tumeur arrondie et fluctuante au-dessous des fausses côtes.

Incision, lavage et drainage d'un kyste de la face inférieure.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXVI (résumée)

Union libre des Chirurgiens de Berlin (in *Presse médicale*,
du 9 avril 1904).

M. Rosenstein communique un cas de kyste hydatique du foie rompu dans le canal hépatique.

Syndrome d'angiocholide suppurée.

A l'autopsie, canal hépatique distendu, du volume d'un œuf de poule et rempli de membranes hydatiques. Il communique largement avec un abcès hépatique.

OBSERVATION XXVII (résumée)

Le Courtois : Société anatomique de Paris, 1871

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans qui, depuis deux mois a présenté des douleurs extrêmement violentes et qui occupaient l'hypochondre droit, le dos et l'épigastre. Ictère marqué et ayant même augmenté depuis cette époque. Les selles vont en se décolorant de plus en plus.

Mort après huit jours à l'hôpital.

A l'autopsie, distension du cholédoque qu'obstrue un bouchon constitué par une poche de kyste hydatique. Vers sa partie supérieure, le canal communique avec un kyste hydatique, situé à la face inférieure du foie, au voisinage de la vésicule.

OBSERVATION XXVIII (résumée)

P. W. Lashan (*The Lancet*, août 1873) in *Archives générales de Médecine*, 1873.

Kyste hydatique du foie, suppuré et communiquant avec le poumon gauche.

Vérification nécropsique chez une femme de trente-quatre ans ayant souffert de violentes douleurs dans l'hypochondre droit, avec irradiations dans le dos. Selles diarrhéiques, très pâles; urines foncées. Teinte jaune des téguments et des conjonctives.

OBSERVATION XXIX (résumée)

Lasègue : in *Archives générales de Médecine*, 1873

Kystes hydatiques du foie. — Suppuration de la cavité kystique : communication avec l'intestin. — Evacuation des hydatides. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui, dans la période ayant précédé l'évacuation des hydatides avait présenté des crises nettes de colique hépatique.

Jamais, à leur suite, il n'y eut d'ictère véritable, mais les urines devenaient colorées et, deux ou trois jours avant son entrée, elle a présenté une teinte subictérique qui est allée en se fonçant et s'est accompagnée de décoloration des fèces.

OBSERVATION XXX (résumée)

Hayem et Graux : *Société anatomique de Paris*, 1873, p. 145.
Paris, 1873, p. 145.

Kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires (autopsie). — Angiocholite avec accès fébrile intermittents. — Mort par péritonite à la suite d'une ponction aspiratrice.

Une hydatide volumineuse remplissait le canal cholédoque et les symptômes essentiels avaient été les suivants :

Ictère datant de plusieurs jours; c'était le 4 février que le sujet, une femme de vingt-six ans, en était atteinte.

Les quatre fois, l'apparition de l'ictère avait été précédée de véritables crises de coliques hépatiques.

OBSERVATION XXXI (résumée)

Charcot (Société de biologie, 1854, p. 55) : in thèse Beaudet (Paris, 1906).

Kyste hydatique du foie, faisant saillie à la surface inférieure du lobe gauche et ouvert à la fois dans le péritoine et dans les voies biliaires. — Obstruction et dilatation considérable du canal cholédoque par des débris d'hydatides. — Ictère. — Epanchement de bile dans le péritoine. — Péritonite intense.

Sans avoir de véritables coliques hépatiques, le sujet, un homme de quarante-sept ans, souffrait depuis un certain temps dans la région du foie. Il meurt trois jours après avoir ressenti une violente douleur abdominale et présenté de la cyanose, de l'algidité. Ictérique depuis trois mois, son ictère s'était sensiblement foncé, tournant au vert, pendant cette période.

OBSERVATION XXXII (résumée)

Bataille-Dévé : in thèse Beaudet (Paris, 1906).

Femme de quarante ans ayant eu la fièvre typhoïde à dix-sept ans et ayant fréquemment eu des douleurs abdominales, siégeant surtout à droite, depuis cette époque.

Ictère franc avec décoloration des matières il y a trois ans et, depuis, tendances à l'ictère.

Deux interventions sont pratiquées à trois mois d'intervalle et permettent, la première de marsupialiser un kyste dans le lobe droit et un dans le lobe gauche, la seconde deux dans le lobe droit.

OBSERVATION XXXIII (résumée)

Rendu : in thèse *Perret* (Paris, 1897).

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui a présenté à plusieurs reprises des crises douloureuses pour lesquelles on a porté le diagnostic de coliques hépatiques.

Ictère sans décoloration des fèces qui sont cependant un peu pâles.

Hautes températures. Pleurésie purulente à droite. Mort.

A l'autopsie, double kyste hydatique suppuré du foie communiquant avec les deux plèvres. Le kyste hydatique du lobe droit empiète notablement sur la face inférieure, comprimant le cystique et les branches droites du canal hépatique.

OBSERVATION XXXIV (résumée)

Peter : *Société de Médecine des hôpitaux de Paris*, 1863,
in thèse *Perret*.

Kyste hydatique suppuré du foie ouvert dans la plèvre.

Thoracentèse. Mort.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui, à plusieurs reprises avait présenté des coliques hépatiques et qui, à son entrée était très ictérique.

Mort après la thoracentèse qui ramène des hydatides.

A l'autopsie, kyste volumineux du lobe droit, qui communique avec la cavité pleurale et aussi avec le cholédoque.

OBSERVATION XXXV (résumée)

Kahn : thèse de Paris, 1897.

Ictère avec décoloration des fèces et prurit chez une femme de vingt-deux ans qui, depuis son enfance, aurait eu de nombreuses « gastralgies ».

Laparotomie dirigée contre l'obstacle qui provoque le syndrome de la rétention biliaire. Mort.

Autopsie : volumineux kyste hydatique du lobe droit, comprimant les vaisseaux du hile et adhérant au cystique et au cholédoque.

OBSERVATION XXXVI (résumée)

Tuffier : Semaine médicale, 14 mars 1906

Homme de trente-six ans ayant présenté en novembre 1904 et en janvier 1905 le syndrome de colique hépatique avec ictère et décoloration des fèces. Il entre à Beaujon le 13 avril 1905 avec le diagnostic de lithiase.

On constate à l'entrée : ictère sans hépatomégalie. Douleur au niveau de la vésicule. Décoloration des fèces. Bile dans les urines.

Opération le 14 avril : vésicule distendue dont la ponction donne issue à 300 grammes de liquide muqueux, épais, incolore : on conclut à l'oblitération du cystique.

Une exploration minutieuse finit par conduire sur une tuméfaction au niveau du lobe de Spiegel. L'incision donne issue à des vésicules flétries, à des membranes et, derrière elles, à un peu de boue biliaire.

Drainage : Il s'écoule environ 500 grammes de bile pendant les jours qui suivent. Sortie le 25 mai.

OBSERVATION XXXVII (résumée)

Tuffier : Semaine médicale, 14 mars 1906

Jeune femme de vingt-quatre ans dont l'affection a débuté en janvier par du prurit, puis sont survenues quelques crises de coliques suivies de décoloration des selles. Ictère qui a diminué puis disparu pour reparaitre au moment de l'entrée, le 3 mai 1905.

Entre avec le diagnostic de cholécystite calculeuse avec angiocholite et ictère consécutif.

Tuméfaction du volume du poing, se continuant avec le foie, sans réaction péritonéale.

Après laparotomie latérale, on peut constater que la tumeur était constituée par le lobe droit du foie basculé en avant et complètement sain.

Arbre biliaire extra-hépatique complètement sain.

En arrière, le doigt introduit dans l'hiatus de Winslow, sent une tuméfaction qui, une fois dénudée et incisée donne issue à 400 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche. Incision : extraction de la membrane hydatique qui, en un point correspondant à l'adhérence du kyste aux voies biliaires *était teintée d'une large tache brun noir, par transudation biliaire.*

Lavage au sublimé. Suture en laissant un drain au point déclive.

Au quatrième jour une cholerragie abondante s'établit par ce drain et disparaît au bout de deux semaines.

Guérison.

OBSERVATION XXXVIII (résumée)

Syme, rapportée par Quénu : rapport à la Société de Chirurgie, 5 décembre 1906.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, présentant depuis trois jours le syndrome colique hépatique avec ictère léger et chez lequel la présence d'hydatides dans les selles ont fait faire le diagnostic.

La surface convexe du foie mise à nu par une incision transpleuro-diaphragmatique, une ponction est suivie d'une ouverture au thermocautère. Ablation du kyste-mère. Abouchement à la peau de la paroi du kyste. Drainage.

La bile continua à couler pendant longtemps.

Sortie après un mois.

OBSERVATION XXXIX (résumée)

Cavazanni : rapportée par *Quénu*.

Crises douloureuses et poussées d'ictère chez une femme de quarante-six ans chez laquelle on avait dès l'âge de seize ans remarqué une petite tuméfaction indolente au-dessous des fausses côtes droites.

Laparotomie. Incision d'une grosse poche située à la face inférieure du foie et donnant issue à des hydatides.

Cholerragie au deuxième jour.

Mort au quatrième jour de pneumonie.

A l'autopsie, le sac drainé occupait le siège de la vésicule.

OBSERVATION XL (résumée)

Quénu : rapportée par *Terrier* et *Dujarier*.

Un jeune homme de vingt et un ans présente depuis un mois un état grave avec fièvre, vomissements fréquents, douleurs vives du côté du foie, crises de colique hépatique. Il a eu même temps de l'ictère, avec décoloration des selles. Le foie est augmenté de volume et on pense à de la lithiase.

Laparotomie. On tombe sur un kyste hydatique suppuré; marsupialisation.

Trois mois plus tard, cholerragie abondante avec décoloration des selles.

Entre temps on avait ouvert par la voie postérieure, transpleurale un second kyste suppuré et l'orifice s'était fermé après trois semaines.

Guérison obtenue en deux mois par la fermeture hermétique de l'orifice de la fistule (procédé du bouchon).

OBSERVATION XLI (résumée)

Ridnick : Thèse de Paris 1905. Observations de MM. Gilbert et Lereboullet.

Un homme de vingt-cinq ans entre à Broussais le 12 septembre 1903. Pas d'antécédents héréditaires. Personnellement il affirme avoir toujours eu le teint jaune.

En 1898, on lui trouva, paraît-il, le foie gros et quelques temps après, il a eu une violente crise hépatique avec ictère intense, matières décolorées, urines bilieuses.

En mars 1899, il reçoit un coup de pied de cheval dans la région du foie, mais continue à se bien porter jusqu'en mars 1903, signalant seulement un épitaxis abondant à la fin de 1899.

En janvier 1903, crise hépatalgique avec ictère léger, décoloration des fèces. Il entre à l'hôpital.

M. Hartmann l'opère d'un kyste hydatique par la voie transpleurale : marsupialisation et drainage.

Depuis il existe une fistule biliaire donnant une quantité de bile variable.

OBSERVATION XLII (résumée)

Ridnick

Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans qui, depuis trois mois souffrait de douleurs épigastriques et a maigri. Ces douleurs sont allées en augmentant et, trois semaines avant son entrée dans le service de M. Schwartz, elle a eu des coliques accompagnées d'une teinte jaune qui dura une huitaine de jours. Les matières étaient décolorées et fétides.

Voissure épigastrique, douloureuse, occupant le côté gauche du foie.

L'incision médiane a laissé écouler du pus fétide, des hydatides et de la bile.

OBSERVATION XLIII (résumée)

Gilbert et Weill : Société de biologie, 1898, in thèse Enebusche (Paris 1906).

Il s'agit d'un homme de vingt ans qui, à deux reprises, trois mois avant et au moment de son entrée à l'hôpital a présenté de violentes douleurs au creux épigastrique, avec irradiations dans le dos, vomissements et fièvre.

Ictère assez foncé des téguments et des muqueuses.

Laparotomie. Incision du lobe gauche du foie qui fait saillie; issue de pus gazeux et d'hydatides. Marsupialisation après lavage de la poche.

Cholerragie abondante encore au moment de la communication, soit après neuf jours.

OBSERVATION XLIV (résumée)

Champenois : Thèse de Paris, 1906.

Homme de trente-trois ans, ayant présenté des douleurs abdominales suivies de subictère pendant une dizaine d'années.

Crises plus nombreuses pendant l'année qui précède son entrée. Il a eu aussi une poussée nette d'ictère.

Incision sus-ombilicale de la paroi abdominale. Incision du kyste. Issue de vésicules dont *quelques-unes sont jaunies de vieille bile*. Marsupialisation après résection partielle.

Cholerragie abondante les jours suivants, qui finit par se tarir.

OBSERVATION XLV (résumée)

Tuffier : *Semaine médicale*, 14 mars 1906.

Malade présentant de l'ictère chronique avec amaigrissement et troubles digestifs qui firent porter le diagnostic de rétention biliaire par compression due probablement à un cancer de l'estomac, siégeant à la petite courbure.

Laparotomie. On tombe sur un kyste hydatique siégeant au niveau du lobe de Spiegel. Incision. Stérilisation. Drainage.

Cholerragie qui dure environ trois semaines.

Guérison.

OBSERVATION XLVI (résumée)

Körte : rapportée par *Terrier et Dujarrier* (*Revue de chirurgie*, janvier 1906).

Ictère accentué, gros foie, fièvre irrégulière chez une femme de trente-neuf ans qui a déjà souffert, il y a quatorze ans, d'une grosseur au foie. Décoloration des selles.

Incision de la tumeur. Issue de nombreuses vésicules filles et d'un mélange en masses épaisses de globules de pus et de cholestérine.

Contre-ouverture transpleurale.

Cholerragie abondante très vive après l'opération. Hémorragie aux seizième et dix-septième jours. Cicatrisation après trois mois.

Deux mois après, la fistule se rouvre : cholerragie totale qui persiste pendant sept mois malgré tous les traitements et nécessite une intervention environ un an après la première. Guérison obtenue en établissant une fistule entre la cavité kystique et la vésicule biliaire.

OBSERVATION XLVII (résumée)

De Queyrat : in thèse *Oppenheim*, Paris, 1905.

Un homme de vingt-deux ans a présenté, à la suite d'un traumatisme dans l'hypochondre droit de l'ictère et de l'orticaire qui durèrent une dizaine de jours.

Augmentation de volume du ventre progressive depuis cette époque, soit trois ans avant son entrée à Tenon.

La paracentèse pratiquée peu après donne issue à 12 litres de liquide jaune safran et une voussure persiste à la région épigastrique.

Seconde ponction un mois après : liquide plus vert ; pour ce liquide comme pour celui de la première ponction, l'analyse retrouve les éléments de la bile.

Troisième ponction après deux mois : on retire du liquide vert encore plus foncé. Le palper révèle une tumeur régulière et arrondie dans l'hypochondre droit.

Sept ans après, le malade est revu, son ventre ayant toujours augmenté de volume, mais peu à peu et sans douleurs. La laparotomie est pratiquée et on incise un kyste hydatique d'où s'échappent des vésicules et de la bile. Marsupialisation. Cholerragie qui persiste un mois. *Guérison.*

OBSERVATION XLVIII (résumée)

Kehr, rapportée par *Terrier* et *Dujarier*.

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans qui a présenté des douleurs revêtant l'allure des coliques hépatiques, mais *n'a jamais eu d'ictère*. Il a maigri, son foie a grossi, il a de la fièvre et on croit à un empyème de la vésicule.

La cholécystectomie est pratiquée dans un premier temps : elle a permis de constater la présence d'une hydatide dans la vésicule.

Après quinze jours, seconde intervention et évacuation d'un kyste hydatique dont on draine la cavité. Il s'écoule du liquide biliaire purulent au quatrième jour.

Un mois après la seconde intervention, comme le drainage se fait mal, contre-ouverture postérieure en deux temps. Cholerragie abondante par la plaie postérieure après le deuxième temps. Décoloration complète des fèces. Cette cholerragie persiste pendant quatre mois et est guérie par le drainage de l'hépatique et le cathétérisme des voies biliaires.

CONCLUSIONS

I. — L'ictère et les coliques hépatiques constituent des syndromes dont la présence, longtemps niée au cours des kystes hydatiques du foie, y a cependant été assez souvent relevée.

II. — On peut classer les ictères au cours des kystes hydatiques en trois groupes essentiels, basés sur la pathogénie :

1° Ictères par compression en masse du hile;

2° Ictères infectieux;

3° Ictères dus aux relations entre les kystes et les canaux biliaires intra ou extra-hépatiques, ces relations allant de la simple compression excentrique des canalicules à l'ulcération et à la communication large avec les canaux extra ou intra-hépatique.

III. — La cholerragie, écoulement de bile par la plaie opératoire faite au niveau d'un kyste hydatique marsupialisé, reconnaît des causes relevant essentiellement des phénomènes d'infection ou de compression qui se produisent au niveau des kystes.

IV. — On est autorisé à associer les phénomènes

d'ictère, de colique hépatique et de cholerragie au cours des kystes hydatiques et à considérer les premiers comme un bon signe précurseur du dernier.

V. — Les conclusions thérapeutiques se rapportent à la cholerragie et aux moyens de l'éviter; il ne semble pas qu'on puisse substituer à la marsupialisation un autre procédé opératoire, mais on aura avantage à pratiquer un contre-drainage lombaire et un tamponnement assez serré de la poche.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Le 19 mai 1907.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

Président du Conseil de l'Université

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- Bérard et Cavaillon. — *Bulletin médical*, 23 février 1907.
- Bertenet. — Thèse de Lyon, 1905-1906.
- Tuffier. — *Semaine médicale*, 1906, p. 121.
- Quénu. — Rapport à la Société de chirurgie, 1906, p. 1005.
- Terrier. — *Société de chirurgie*, octobre 1906.
- Terrier et Dujarrier. — *Revue de chirurgie*, janvier 1906.
- Danchez. — *Société anatomique de Paris*, 1884.
- Ferrand. — *Société médicale des hôpitaux*, 1894.
- Lejars. — *Gazette des hôpitaux*, 1898.
- Coffigny. — Thèse de Paris, 1884.
- Devé. — *Société de biologie*, 11 février 1905.
- Devé. — Thèse de Paris, 1901.
- Rosenstein. — *Union libre des chirurgiens de Berlin*, 11 janvier 1904.
- Guilaine. — Thèse de Paris, 1900.
- Ridaick. — Thèse de Paris, 1905.
- De Seze. — Thèse de Paris, 1906.
- Oppenheim. — Thèse de Paris, 1905.
- Gougenheim. — *Société anatomique de Paris*, 1865, p. 485.
- Le Courtois. — *Société anatomique de Paris*, 1871 p. 142.
- Hayem et Graux. — *Id* 1874, p. 145.
- Basso. — Thèse de Lyon, 1904.
-

LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, Rue de la Méditerranée, 8
